

## Autorización para el suministro de medicamentos sin receta médica en la escuela

Los medicamentos sin receta médica son remedios que pueden comprarse sin una receta emitida por un proveedor de cuidados de salud. A veces, los medicamentos sin receta médica se les llaman “de venta libre, sin necesidad de receta”.

Para que a un niño se le suministren medicamentos sin receta médica en la escuela, el padre o la madre del niño o el responsable legal del niño debe firmar un formulario de autorización. Dicho formulario está en la página siguiente. Puede ser el caso que las escuelas tengan reglamentaciones especiales para los medicamentos sin receta médica y pueden requerir que los padres o los responsables legales firmen formularios adicionales.

Un adulto responsable debe entregar la medicina y el formulario de autorización a la escuela. La medicina debe estar en el envase original con la etiqueta puesta.



## Autorización para el suministro de medicamentos sin receta médica en la escuela

**Distrito escolar:** \_\_\_\_\_

Para uso exclusivo de la escuela:

- Rutina  
 PRN (si es necesario)

Fecha de comienzo: \_\_\_\_\_

En los casos que sean posibles, los padres o responsables legales deben suministrar los medicamentos a los alumnos antes o después de la escuela. Los medicamentos sin receta médica sólo podrán suministrarse dentro de los límites y de acuerdo a las indicaciones impresas en el envase o en el prospecto contenido en la caja. Los medicamentos deben ser provistos a la escuela por los padres o el responsable legal en el envase original. Por favor, nótese que el distrito escolar puede rechazar solicitudes para que ciertos medicamentos sean suministrados en la escuela.

Por favor, complete un formulario para cada medicamento a ser suministrado en la escuela. Si el medicamento ha de ser suministrado a más de uno de sus hijos/as, por favor complete un formulario para cada niño/a por separado.

\_\_\_\_\_  
Nombre del niño

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
Nombre de la escuela

\_\_\_\_\_  
Grado

¿Su hijo/a es alérgico/a a alguna comida/medicina, u otra cosa?    No    Sí (si es así, enumere las alergias.)

Nombre del medicamento a ser suministrado en la escuela:

Motivo de la medicación:

Cantidad de medicación a ser suministrada:

Hora del día a la que el medicamento debe ser suministrado en la escuela:

Note aquí cualquier requerimiento especial de almacenamiento:

Refrigerar    Otro (por favor, especifique)

Estimado de la cantidad de días que la medicación será administrada en la escuela (elijá uno):

\_\_\_\_\_ días    \_\_\_\_\_ semanas  
 hasta que finalice el ciclo lectivo vigente

¿Su hijo/a toma otros medicamentos en casa o en la escuela?    No    Sí (si es así, ¿cuáles son?)

Nombre y dirección del proveedor de cuidados de salud del niño/a (Por favor, escribir en letra imprenta):

Teléfono de la oficina:

Fax de la oficina:

Doy permiso para que el medicamento descrito arriba se le suministre a mi hijo/a durante la jornada escolar. Le doy permiso a la enfermera de la escuela o al administrador de la escuela para que se ponga en contacto con el proveedor de cuidados de salud nombrado arriba para hablar sobre este medicamento y la salud de mi hijo. Le doy permiso al proveedor de cuidados de salud nombrado arriba o a sus empleados designados a tal fin para que provean de información a la enfermera de la escuela o al administrador de la escuela sobre este medicamento y la salud de mi hijo. Entiendo que la escuela puede solicitar que yo esté de acuerdo con el reglamento del distrito escolar sobre medicamentos antes de que se suministre esta medicina en la escuela. Entiendo que soy responsable de notificar a la escuela si alguno de los medicamentos de mi hijo cambia.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre o responsable legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Escriba en imprenta el nombre del padre/madre o responsable legal

\_\_\_\_\_  
Teléfono durante el día